

# Noch genauer hinsehen



## Nr. 4

Statement

### Priv.-Doz. Dr. Dr. Christiane Gleissner

Präsidentin Deutsche Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGGZ) e.V.



Priv.-Doz. Dr. Dr. Christiane Gleissner  
Infos zur Autorin

**Man kann den** Eindruck bekommen, Zahnersatz sei heute bereits mehrheitlich implantatgetragen. Die Versorgungsdaten zeigen jedoch, dass konventionelle Verfahren zumindest nach Zahlen nach wie vor führen. Sie sind das „Kerngeschäft“ in der Prothetik. Die Frage „Implantat oder nicht“ bei einem Patienten, dessen Mundgesundheitsstatus beides zuließe, sollte – das empfehlen wir als Deutsche Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGGZ) e.V. – neben weiteren Kriterien vermehrt auch unter „Sex- und Gender-“ Aspekten betrachtet werden.

Beginnen wir mit dem Geschlecht des Patienten. Ist er ein Mann? Die vorliegenden Datensammlungen zeigen, dass Männer ein erhöhtes Parodontitisrisiko aufweisen. Was wir noch nicht wissen: Sind sie auch hinsichtlich der Entwicklung einer Periimplantitis stärker gefährdet? Zumindest ist die Region, in die implantiert werden soll, besonders sorgfältig auf Zeichen einer Parodontitis zu untersuchen. Männer haben einen kraftvolleren Kaudruck und stehen oft unter Stress, Faktoren, die bei einer auf Nachhaltigkeit angelegten Therapie berücksichtigt werden müssen. Auch zu bedenken: Mundhygiene-Untersuchungen zeigen, dass Männer (im Durchschnitt) nicht ganz so putzfreudig sind und der Interdentalreinigung weniger Aufmerksamkeit widmen. Die geplante Prothetik sollte den tatsächlichen Mundhygiene-Aufwand berücksichtigen, denn die Erfahrung aus der Praxis lehrt: Mag sich auch anfänglich der Putzeifer deutlich verbessern, fällt der Patient leider häufig wieder in seine gewohnten Rituale zurück.

Die geeignete Versorgung für eine Frau? Mundgesundheitsdaten belegen: Frauen zeigen deutlich mehr Zahnverlust als gleichaltrige Männer. Der Hormonstatus spielt vermutlich eine Rolle, vor allem nach der Menopause: Werden die Frauen ausgleichend mit Hormonen behandelt, ist ihr Zahnverlust im Vergleich zu gleichaltrigen Männern deutlich niedriger, falls nicht, erheblich höher. Ohnehin entwickeln Frauen (quantitativ betrachtet) häufiger Karies als Männer und haben vor den Wechseljahren schon mehr Zähne verloren. Ist eine prothetische Versorgung geplant, muss man also auch abschätzen, wie sich der Zahnverlust bei der Patientin weiter entwickeln wird. Insbesondere, wenn sie keine Hormonersatztherapie erhält, muss mit zukünftigem Zahnverlust gerechnet werden. Dies bedeutet, dass die geplante prothetische Versorgung erweiterbar sein sollte. Sollte rund um

ein geplantes Implantat ein Augmentationsaufwand notwendig sein, muss mitbedacht werden, dass möglicherweise in nicht allzu langer Zeit ein weiteres Implantat gesetzt werden muss. Bestehende orale Strukturen müssen daher weitgehend und schonend und mit Blick auf nachfolgende therapeutische Interventionen betrachtet und behandelt werden. Kommen wir zum zweiten Punkt, dem Geschlecht des Arztes. Hier gibt es erste Untersuchungen, die vermuten lassen, dass das Geschlecht bei der Therapieauswahl eine Rolle spielt. Eine Arbeit aus der Schweiz zeigt, dass bei weitgehend gleicher Ausbildung und erworbenen Fähigkeiten Zahnärztinnen weniger Implantate setzen als Zahnärzte. Befragungen bestätigen auch eine Neigung zu minimalinvasivem Vorgehen und eher ganzheitlicher Betrachtung des Patienten – was dazu führen kann, dass Empathie und Fürsorge die Zahl gesetzter Implantate reduzieren. Das kann, muss aber kein Vorteil gegenüber invasiver tätigen Kollegen sein: Es ist nicht ausgeschlossen, dass zu viel Empathie und Fürsorge dem Patienten eine Versorgung vorenthält, die für ihn besser gewesen wäre.

Auch in anderer Hinsicht ist die Genderfrage in der Implantologie also eine, die immer mitbedacht werden muss: Haben wir in Zukunft eine ausreichend große Zahl an Kolleginnen, die implantatchirurgisch arbeiten? Die Anzahl der Zahnärztinnen im Berufsstand steigt deutlich, insbesondere die jüngeren Mitglieder in der Zahnärzteschaft sind weiblich. Gleichzeitig gehen immer mehr Zahnärzte in den Ruhestand, die zur alten Garde der Implantologie zählen und ihre jahrelange, umfangreiche Erfahrung in der Praxis an die jüngeren Kollegen weitergeben konnten. Statistisch betrachtet favorisieren Zahnärztinnen andere, eher nichtinvasive Verfahren. Hat das möglicherweise auch Konsequenzen für die Beantwortung der Frage „Implantologie oder konventionelles Verfahren?“ Bei der steigenden Nachfrage nach implantatgetragenen Lösungen müssen wir daher nicht nur ein Auge auf das Geschlecht des Patienten haben, sondern auch auf die Entwicklungen im eigenen Berufsstand: Implantologie und Zahnärztinnen – diese Konstellation muss sicher noch deutlich kompatibler werden als bisher. In beiden Richtungen.

Priv.-Doz. Dr. Dr. Christiane Gleissner

Präsidentin Deutsche Gesellschaft für geschlechterspezifische Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGGZ) e.V.



Heraeus Kulzer. Mundgesundheit in besten Händen.

Mit viel handwerklichem Geschick bereichern Sie das Leben vieler Patienten. Durch funktionale und ästhetisch hochwertige Restaurationen sorgen Sie sowohl für ein strahlendes Lächeln als auch für ein positives Selbstwertgefühl. Das gesamte Team in Praxis und Labor benötigt hierfür Materialien, die höchsten Qualitätsansprüchen genügen. Unser Bestreben ist es, Ihnen dafür innovative und bewährte Produkte sowie Dienstleistungen anzubieten, die Sie bei Ihrer täglichen Arbeit unterstützen. Denn Mundgesundheit gehört in beste Hände.

# PURE

## NEWTRON P5XS

Mit Newtron P5XS kommt frischer Wind in den Praxisalltag!

- Exklusive B.LED-Technologie lässt Plaque erkennen
- Elegante Linienführung für mehr Ergonomie und bessere Hygiene
- Größte Auswahl an Spitzen und ein einzigartiges Spülsystem
- App für Smartphone oder Tablet-PC ermöglicht automatische Steuerung des Gerätes über Bluetooth



(optional)

Zahnstein-/Biofilmentfernung in einem neuen Licht -  
dank **B<sup>®</sup>LED** -Technologie!

- Das vom B.LED-Handstück ausgehende Blaulicht und die fluoreszierende **FLAG** Flüssigkeit machen Plaque sichtbar  
FOR B<sup>®</sup>LED
- Der optimal ausgeleuchtete Behandlungsbereich und die deutlich zu erkennende Plaque sorgen für erhebliche Zeitersparnis und ein hervorragendes Ergebnis bei der Zahnstein-/Biofilmentfernung



Neugierig? Demotermin? Rufen Sie uns an!  
0800 / 728 35 32 oder fragen Sie Ihr Depot!

# NEWTRON

**CONTRA  
Plaque**

Ein kleiner Auszug aus unserem Spitzensortiment:

## Prophylaxe



**1**

(Universal)  
Grobentfernung  
von supra-  
gingivalen  
Zahnstein-  
ablagerungen



**1S**

(Supra-/  
Subgingival)  
Zahnstein-  
entfernung,  
auch in den  
interproximalen  
Räumen



**10Z**

(Subgingival)  
Zahnstein-  
entfernung in  
Zahnfleisch-  
taschen mittlerer  
Tiefe (< 4 mm)



**PFU**

(Universal)  
Entfernung der  
Zahnplaque



**10X**

(Interproximal)  
Behandlung von  
interproximalen  
Räumen und  
supragingivale  
Zahnstein-  
entfernung



**10P**

(Supragingival)  
Zahnstein-  
entfernung in  
Zahnfleisch-  
taschen  
geringer Tiefe  
(< 2-3 mm)

## Parodontologie/ Debridement



**H2L**

(Seitenzahn-  
bereich, links)  
Diamantiert,  
Behandlung von  
Furkationen und  
sehr schmalen  
Räumen



**H3**

(Frontbereich/  
Kürette)  
Zu Beginn der  
Behandlung des  
Schneidezahn/  
-Eckzahnblocks



**H4L**

(Seitenzahn-  
bereich, links,  
Kürette)  
Behandlung des  
gesamten  
Mundraums,  
Oberflächen  
und Furkationen



**TK1-1L**

(Lange Sonde)  
Untersuchung/  
Behandlung von  
mitteltiefen bis  
tiefen Taschen  
(> 4 mm)



**TK2-1L**

(Seitenzahn-  
bereich, links)  
Erhaltungs-  
behandlung von  
mitteltiefen  
bis tiefen  
Taschen sowie  
Furkationen



**PH1**

(Frontbereich)  
Polieren der  
Sulki/Furchen

## Endodontie/ Endodontische Chirurgie



**ET18D**

(Treatment)  
diamantiert,  
rasche Entf. von  
Dentinüberhängen,  
Kalzifizierungen  
und Füllungs-  
materialien



**ET25L**

(Treatment)  
Lange Spitze  
Wiederauf-  
bereitung, lange,  
gerade Kanäle  
(Ti-Nb)



**AS3D**

Arbeitslänge: 3 mm,  
Universalspitze  
für apikale  
Chirurgie,  
erstes Instrument  
in der Sequenz



**AS9D**

Arbeitslänge: 9 mm,  
Präparation des  
Wurzelkanals bis  
zum koronalen  
Drittel



**CAP1**

(Finieren der  
Seitenwände der  
Zugangskavität)  
Minispitze mit  
Mikroschneide  
und inaktivem  
Endstück



**IRR 25-21**

Ansatz zur  
passiven  
Ultraschall-  
spülung für die  
Endodontie

Handstückhalter auch  
seitlich anzubringen

Nur ein Teil des gesamten Spitzensortimentes abgebildet. Spitzen mit allen Satelec-Geräten kompatibel.



Spitzenkopien erscheinen Ihnen vielleicht billiger...  
aber letzten Endes können Sie viel mehr kosten!

**WARNHINWEIS:** Bei Verwendung von Fremdspitzen (ohne SATELEC-Herstellerfreigabe) erlischt unwiderruflich die Garantie und Produkthaftung. In Schadensfällen trägt der Betreiber, gemäß MPBetreibV, das volle Haftungsrisiko.



Plaque Erkennung

SATELEC  
**ACTEON**